

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE N° 466

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**ROGER TUAL**

Né le 6 septembre 1903 à Paris.

ÉTUDE  
DE TRENTE-QUATRE CAS  
DE  
**PELVITOMIES**

OPÉRÉS

par M. le Professeur agrégé **V. LE LORIER**

ACCOCHEUR DE L'HÔPITAL BOUCICAUT

*Président : M. COUVELAIRE, professeur.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

LIBRAIRIES-IMPRIMERIES RÉUNIES

7, RUE SAINT-BENOÎT, 7

1928



ÉTUDE  
DE TRENTE-QUATRE CAS  
DE  
PELVITOMIES

opérés

par M. le Professeur agrégé V. LE LORIER

ACCOCHEUR DE L'HÔPITAL BOUCICAUT



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41553020\\_0084](https://archive.org/details/IA41553020_0084)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**ROGER TUAL**

Né le 6 septembre 1903 à Paris.

ÉTUDE

DE TRENTE-QUATRE CAS

DE

PELVITOMIES

OPÉRÉS

par **M. le Professeur agrégé V. LE LORIER**

ACCOCHEUR DE L'HÔPITAL BOUGICAUT

*Président : M. COUVELAIRE, professeur.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

LIBRAIRIES-IMPRIMERIES RÉUNIES

7, RUE SAINT-BENOÎT, 7

1928

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen..... M. ROGER.

## I. — Professeurs.

|                                                 | MM.           |                                                                   | MM.          |
|-------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------|--------------|
| Hydrologie thérapeutique et climatologie.....   | M. VILLARET.  | Clinique des maladies des enfants.....                            | NOBÉCOURT.   |
| Anatomie.....                                   | ROUVIERE.     | Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.... | H. CLAUDE.   |
| Anatomie médico-chirurgicale.....               | CUNÉO.        | Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.                  | JEANSELME.   |
| Physiologie.....                                | ROGER.        | Clinique des maladies du système nerveux.....                     | GUILLAIN.    |
| Physique médicale.....                          | STROHL.       | Clinique des maladies infectieuses.....                           | TEISSIER.    |
| Chimie organique et chimie générale.....        | DESGREZ.      |                                                                   | DELBET.      |
| Bactériologie.....                              | LEMIERRE.     | Clinique chirurgicale....                                         | HARTMANN.    |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale... | BRUMPT.       |                                                                   | LEJARS.      |
| Pathologie et thérapeutique générales.....      | Marcel LABBÉ. |                                                                   | GOSSET.      |
| Pathologie médicale.....                        | SICARD.       | Clinique ophtalmologique.....                                     | TERRIEN.     |
| Pathologie chirurgicale..                       | LECÈNE.       | Clinique urologique....                                           | LEGUEU.      |
| Anatomie pathologique..                         | ROUSSY.       |                                                                   | COUVELAIRE.  |
| Histologie.....                                 | CHAMPY.       | Clinique d'accouchements                                          | BRINDEAU.    |
| Pharmacologie et matière médicale.....          | TIFFENEAU.    |                                                                   | JEANNIN.     |
| Thérapeutique.....                              | LÉPER.        |                                                                   | J.-L. FAURE. |
| Hygiène.....                                    | N.....        | Clinique gynécologique..                                          |              |
| Médecine légale.....                            | BALTHAZARD.   | Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..                   | OMBRÉDANNE   |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie..... | MÉNÉTRIER.    | Clinique thérapeutique médicale.....                              | VAQUEZ.      |
| Pathologie expérimentale et comparée.....       | RATHERY.      | Clinique oto-rhino-laryngologique.....                            | SEBILEAU     |
|                                                 | CARNOT.       | Clinique thérapeutique chirurgicale.....                          | DUVAL.       |
| Clinique médicale.....                          | BEZANÇON.     | Clinique propédeutique..                                          | SERGENT.     |
|                                                 | ACHARD.       | Professeur sans chaire..                                          | BRANCA.      |
|                                                 | WIDAL.        | Clinique de la tuberculose                                        | L. BERNARD.  |
| Hygiène et clinique de la première enfance..... | MARFAN.       |                                                                   |              |

## II. — Agrégés en exercice.

|                | MM.                        |                 | MM.                             |
|----------------|----------------------------|-----------------|---------------------------------|
| ALAJOUANINE    | Neurologie et psychiatrie. | LEROUX.....     | Anatomie pathologique.          |
| ABRAMI.....    | Pathologie médicale.       | HUTINEL.....    | Pathologie médicale.            |
| AUBERTIN.....  | Pathologie médicale.       | JOYEUX.....     | Parasitologie.                  |
| BASSET.....    | Pathologie chirurgicale.   | LABBÉ (Henri).. | Chimie biologique.              |
| BAUDOIN.....   | Pathologie médicale.       | LARDENNOIS..    | Pathologie chirurgicale.        |
| BINET.....     | Physiologie.               | LEMAITRE.....   | Oto-rhino-laryngologie.         |
| BLANCHETIERE.  | Chimie biologique.         | LÉVY-SOLAL..... | Obstétrique.                    |
| BROCC.....     | Pathologie chirurgicale.   | LHERMITTE..     | Pathologie mentale.             |
| BRULÉ.....     | Pathologie médicale.       | LIAN.....       | Pathologie médicale.            |
| CADENAT.....   | Pathologie chirurgicale.   | MATHIEU.....    | Pathologie chirurgicale.        |
| CHABROL.....   | Pathologie médicale.       | METZGER.....    | Obstétrique.                    |
| CHIRAY.....    | Pathologie médicale.       | MONDOR.....     | Pathologie chirurgicale.        |
| CLERC.....     | Pathologie médicale.       | MOURE.....      | Pathologie chirurgicale.        |
| DEBRÉ.....     | Hygiène.                   | MULON.....      | Histologie.                     |
| DOGNON.....    | Physique.                  | PHILIBERT.....  | Bactériologie.                  |
| DONZELOT.....  | Pathologie médicale.       | QUÉNU.....      | Pathologie chirurgicale.        |
| DUVOIR.....    | Médecine légale.           | RICHERT Fils..  | Physiologie.                    |
| ÉCALLE.....    | Obstétrique.               | SEZARY.....     | Dermatologie et syphiligraphie. |
| FISSINGER..... | Pathologie médicale.       |                 |                                 |
| GARNIER.....   | Pathologie expérimentale   | VALLERY-RA-     |                                 |
| GATELLIER..... | Pathologie chirurgicale.   | DOT (Pasteur).  | Pathologie médicale.            |
| HARVIER.....   | Pathologie médicale.       | VAUDESCAL...    | Obstétrique.                    |
| HEITZ-BOYER    | Urologie.                  | VELTER.....     | Ophtalmologie.                  |
| HOVELACQUE     | Anatomie.                  | VERNE.....      | Histologie.                     |

## III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens.

|                | MM.            |               | MM.                  |
|----------------|----------------|---------------|----------------------|
| BUSQUET.....   | Pharmacologie. | REITERER..... | Histologie.          |
| GUENIOT.....   | Obstétrique.   | TANON.....    | Pathologie médicale. |
| LEQUEUX.....   | Obstétrique.   | ZIMMERN.....  | Physique.            |
| NEVEU-LEMAIRE. | Parasitologie; |               |                      |

## IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent.

|                    | MM.                    |              | MM.                          |
|--------------------|------------------------|--------------|------------------------------|
| ALGLAVE.....       | Clinique chirurgicale. | LEREBOLLETT. | Clinique médicale infantile. |
| AUVRAY.....        | Clinique chirurgicale. | LÉRI.....    | Clinique médicale.           |
| CHEVASSU.....      | Clinique chirurgicale. | MOCQUOT..... | Clinique chirurgicale.       |
| GOUGEROT.....      | Clinique médicale.     | PROUST.....  | Clinique chirurgicale.       |
| LAIGNEL-LAVASTINE. | Clinique médicale.     | SCHWARTZ...  | Clinique chirurgicale.       |
| LE LORIER..        | Clinique obstétricale. |              |                              |

## V. — Chargés de cours.

|                        | MM.                                                                                                                                   |               | MM.                  |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------|
| MAUCLAIRE, agrégé..... | Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes | FREY.....     | Stomatologie.        |
|                        |                                                                                                                                       | CHAILLEY-ERT. | Éducation physique.  |
|                        |                                                                                                                                       | LEDoux LE     |                      |
|                        |                                                                                                                                       | BARD.....     | Radiologie clinique. |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Leur vie simple et droite, toute de dévouement et de sacrifices n'eut jamais qu'une seule ambition et qu'un seul but :*

*Leur fils.*

A MA FEMME

A MON FILS

A TOUS LES MIENS ET A TOUS MES AMIS



A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX  
DE PARIS

1923. M. LE PROFESSEUR AUGUSTE BROCA

1924. M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD

1924-1925. } M. LE PROFESSEUR AUGUSTE BROCA  
                  } M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MA-  
                  } THIEU

1925-1926. M. LE DOCTEUR DUFOUR

1926-1927. M. LE DOCTEUR POULARD

1927. M. LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE

1927-1928. } M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ V. LE  
1928.        } LORIER

A MESSIEURS LES DOCTEURS APERT, HEUYER  
ET CATHALA

*Qui ont fait mon instruction de médecine infantile.*



A MON MAITRE LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

V. LE LORIER

ACCOUCHEUR DE L'HÔPITAL BOUCICAUT

*Qui m'a inspiré ce sujet et guidé de ses conseils dans  
la rédaction de cette thèse,*

*Qui a fait mon instruction obstétricale et gynécolo-  
gique,*

*Hommage de respect et de reconnaissance pour tout  
ce qu'il a fait pour moi.*



A M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*A qui nous sommes reconnaissant du très grand hon-  
neur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette  
thèse,*

*Hommage de notre profond respect.*



# ÉTUDE DE TRENTE-QUATRE CAS DE PELVITOMIES

opérés par M. le Professeur agrégé V. LE LORIER

Accoucheur de l'Hôpital Boucicaut.

---

Notre maître, M. le Professeur agrégé LE LORIER, nous a suggéré l'idée de publier ces trente-quatre observations de pelvitomies, et de donner, par cela même, une suite au travail qu'il avait exposé et publié en juillet 1924 à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*.

Les dix-huit premiers de ces trente-quatre cas ont été publiés par lui-même.

Ces interventions eurent lieu dans différents services : *Pitié, Lariboisière, Maternité, Boucicaut et Clientèle de ville*.

Les seize derniers, pratiqués depuis juin 1924, l'ont été tous à la *maternité de l'hôpital Boucicaut, sauf une pratiquée en ville*.

Voici, d'abord, les dix-huit premières observations :

OBSERVATION I. — La feuille d'observation ayant disparu, je ne puis pas donner tous les détails voulus; je dirai simplement qu'il s'agissait d'une femme ayant un *bassin légèrement rétréci* et chez laquelle l'engagement ne se faisant pas malgré des contractions utérines intenses, j'ai pratiqué une pubiotomie. *L'accouchement eut lieu spontanément*, autant qu'il m'en souvient, et la femme quitta l'hôpital avec son enfant l'un et l'autre en excellent état.

---

OBSERVATION II. -- B. E. troisième pare, 23 ans, 1<sup>er</sup> accouchement 1914, à terme, forceps, enfant mort. En 1917, avortement de cinq mois et demi. Entré à la Pitié en travail, le 6 avril 1920, à 2 heures. La hauteur utérine est de 39 centimètres, tête mobile au d. s; excès de liquide, enfant vivant, dilatation 3 centimètres. Le promontoire est accessible au loin.

Malgré cette particularité, comme à 19 heures l'état de la dilatation est stationnaire et qu'il existe une tension permanente des membranes par suite de l'hy-

dramnios, on en pratique la rupture artificielle; il s'écoule quatre litres de liquide amniotique.

7 avril, 2 h. 30, dilatation petite paume, tête très ossifiée, restant haute; à 4 heures, dilatation complète; à 7 heures, même état, tête toujours haute; comme l'utérus se tétanise, on injecte à ce moment un centigramme de morphine sous la peau; à 9 heures, pubiotomie sous-cutanée: 5 centimètres d'écartement; à 9 h. 45, accouchement spontané, garçon vivant de 4,060 grammes; pl. 660, *suites de couches légèrement fébriles*, maximum 38°8, *suites éloignées: légère incontinence d'urine*, mais qui date du premier accouchement, *troubles temporaires de la marche* ayant disparu ultérieurement.

---

OBSERVATION III. — S. L..., 18 ans, primipare. Entrée à la Pitié en travail le 16 avril 1920, à 6 heures. Grossesse à terme, tête mobile au d. s., débordant, bruits du cœur bons, au toucher on arrive sur un faux promontoire sacré et au loin sur le promontoire, fortes douleurs, dilatation : 2 centimètres, membranes intactes, 1<sup>er</sup> centimètre cube de morphine dans le but de donner un peu de repos à la malade qui est très agitée; elle est calmée jusqu'à midi.

A 17 heures, dilatation complète, rupture artifi-

cielle des membranes, liquide très vert, bruits du cœur sourds, 18 heures, bruits du cœur mauvais, la tête ne descend pas; 18 h. 30, pubiotomie, forceps en raison de la souffrance fœtale, garçon vivant de 3,290 grammes; délivrance artificielle immédiate pour terminer; pl. 520, suites de couches fébriles par suite de pyélo-néphrite, maximum 40,3 le treizième jour. Départ le 4 juin; *pas d'incontinence, pas de boiterie.*

Poids de l'enfant au départ: 3,000 grammes, allaitement mixte.

---

OBSERVATION IV. — L. M..., 20 ans, primipare. 7 juin 1920, se présente à la consultation de la Pitié, habitus rachitique, petite d. s. triangulaire, p. s. p. 10-2; deux faux promontoires sacrés; tête haute et mobile, enfant vivant, hauteur utérine 28 centimètres.

11 juin, 14 heures, 1<sup>re</sup> contraction, col en voie d'effacement, à 24 heures, dilatation 1 centimètre.

12 juin, 8 heures, la tête descend et tend à s'engager; dilatation 3 centimètres, contractions violentes et rapprochées; à 10 h. 30 on procure un peu de repos à la femme avec un centigramme de morphine; à 13 h. 45, réapparition des contractions; dilatation 4 centimètres; membranes intactes à travers les-

quelles transsude un liquide amniotique teinté de méconium. 21 heures, dilatation stationnaire; la tête ne descend pas, contractions très violentes, un demi-centigramme de morphine; 21 h. 30, tête toujours haute, dilatation stationnaire, bruits du cœur mauvais; pubiotomie, écartement 3 centimètres; aussitôt après je constate une plaie vaginale communiquant avec la plaie osseuse; je fais la suture immédiate du vagin; rupture artificielle des membranes, un liquide vert épais s'écoule; comme il est urgent d'extraire le fœtus, je fais trois incisions sur le col; ensuite forceps et extraction d'une fille de 2,610 grammes qui crie après dix insuflations; délivrance naturelle 530 gr.; déchirure presque complète du périnée, suture immédiate, tamponnement vaginal, à cause d'une petite hémorragie venant du col; *suites de couches fébriles*; maximum 39 le troisième jour. *Suites éloignées satisfaisantes* : aucune boiterie, aucune incontinence; poids de l'enfant à la sortie 3,250 grammes.

---

OBSERVATION V (Prise en ville). — B..., 30 ans, primipare, 16 juin 1920, femme de petite taille, au facies rachitique, en travail depuis la veille. Je suis appelé par la sage-femme qui la soigne en raison du non-engagement de la tête, haute et légèrement dé-

bordante; dilatation petite paume, membranes intactes, bruits du cœur bons; promontoire accessible, sacrum concave, bassin peu développé transversalement; contractions utérines régulières et intenses, rupture artificielle des membranes.

A midi 30, la tête ne descend pas, je pratique une pubiotomie. A 17 h. 30, accouchement spontané d'un enfant qui crie aussitôt (garçon) pesant en jugé trois kilos; délivrance naturelle une demi-heure après; inertie utérine; injections vaginales chaudes et 1 centimètre cube d'hypophyse; suites de couches bonnes, un petit hématome suppuré de la grande lèvre, incisé le huitième jour; *aucun trouble urinaire, marche normale.*

Depuis lors, il y a eu le 22 janvier 1924, un *accouchement spontané rapide d'une fille de 3,450 grammes.*

---

OBSERVATION VI. — L..., 33 ans, secondipare. Pro-lapsus utérin après le premier accouchement qui a eu lieu en 1923 et nécessita le forceps; l'enfant aurait pesé 6,000 grammes? Il est mort. Cette femme a subi au début de la gestation actuelle huit injections de biodure de h. g. B. W. neg.

16 juin 1920, se présente à la consultation de la Pitié; hauteur utérine 38 centimètres, manifestement

due à la présence d'un gros œuf; O. I. G. T. non engagée vivant, léger œdème des membres inférieurs et des grandes lèvres; bassin paraissant normal.

19 juin 1920, à 11 heures, dilatation de 3 centimètres, rupture spontanée des membranes; à 18 heures, tête toujours très haute, dilatation 5 centimètres, dans la nuit, contractions très violentes; injection de 1 centigramme de morphine qui procure une heure et demie de calme.

Le 20, à 8 heures tête toujours haute, utérus en sablier, œdème sus-pubien, bruits du cœur un peu sourds, col très œdématié, dilatation grande paume, chevauchement des pariétaux.

Pubiotomie faite à droite en raison de la présence de varices à gauche; 20 minutes après, accouchement spontané; enfant de 4 kil. 600, en état d'asphyxie bleue, facilement ranimé; hémorragie, délivrance artificielle, injections utérines chaudes, sutures du col au catgut pour une déchirure allant jusqu'au cul-de-sac; aucune lésion vaginale, pl. de 700 grammes; *suites de couches fébriles*; 40,3 le cinquième jour; irrigation continue Dakin intra-utérin, retour rapide à la normale, *suites éloignées bonnes pour la mère et pour l'enfant* (garçon).

---

OBSERVATION VII. — B. E..., 32 ans, primipare, bassin généralement rétréci, p. s. p. à 10,8; sacrum

concave, aileron spacieux, sommet très élevé ne débordant pas; rupture précoce spontanée des membranes dans la nuit du 18 au 19 juillet 1920. Entrée à la salle de travail de la Pitié le 19 au matin; bruits du cœur bons, contractions utérines toutes les 6 minutes, le col n'était à ce moment qu'en voie d'effacement; comme la tête était très haute, n'appuyant pas du tout sur le s. i. et que les membranes étaient rompues, je me décidai à ne pas attendre et je fis immédiatement une pubiotomie sous chlorure d'éthyle; le travail se déroula de la façon la plus normale, et l'accouchement eut lieu spontanément à 18 heures avec naissance d'un enfant vivant de 3 kil. 400 qui crie aussitôt (garçon); délivrance naturelle pl. 520; tamponnement vaginal.

Cette femme ayant des mamelons ombiliqués, n'a pas pu nourrir son enfant qui a été mis à l'allaitement artificiel et a malheureusement succombé à une gastro-entérite aiguë le 1<sup>er</sup> août 1920.

*Suites de couches fébriles; maximum 39 le sixième jour, aucun trouble urinaire, aucun trouble de la marche.*

Cette femme a *accouché ultérieurement en 1922 d'un enfant de poids normal.*

---

OBSERVATION VIII. — X..., 32 ans, secundipare, premier accouchement, enfant mort pendant le tra-

vail; bassin rétréci; p. s. p. 10-5; grossesse à terme, tête mobile au-dessus du d. s.; entre à la Pitié le 30 juillet 1920 à 8 h. 10, bruits du cœur modifiés; rupture précoce des membranes, dilatation paume de main; col souple et dilatable, pubiotomie et forceps sur une tête en O. I. G. T.; garçon de 3,500 gr., facilement ranimé; délivrance artificielle, pl. 680; pas de lésions des parties molles, sauf une déchirure du col atteignant le cul-de-sac; hématome suppuré incisé le troisième jour; ensuite suites de couches normales; *aucun trouble urinaire, aucun trouble de la marche.*

---

OBSERVATION IX. — C. A..., 36 ans, septième pare, six accouchements normaux à terme, enfants vivants; pubiotomisée à la Pitié le 30 août 1921, à 11 h. 15, pour défaut d'engagement de la tête après rupture spontanée précoce des membranes et malgré des contractions intenses; dilatation paume de main; hauteur utérine 44 centimètres; à 19 h. 30, application de forceps au tiers supérieur de l'excavation, extraction d'une fille vivante apnéique, aisément ranimée, de 5,260 grammes; délivrance naturelle de 800 gr.; une injection d'hypophyse de 1 centimètre cube a été faite immédiatement après la pubiotomie, mais n'a

pas suffi à faire descendre la tête; une autre injection de 1 centimètre cube a été faite, après l'extraction du fœtus et la délivrance, dans le but de prévenir l'inertie utérine probable; *suites de couches normales; suites éloignées satisfaisantes.*

---

OBSERVATION X. — J. A..., 25 ans, primipare, entrée à la salle de travail, pavillon Chaussier, Maternité, le 2 avril 1921, à 18 heures; hauteur utérine 33 centimètres; tête en bas mobile au-dessus du d. s., débordant la symphyse; col en voie d'effacement; contractions utérines légères; le sacrum présente un faux promontoire accessible à 10,3; le vrai promontoire est accessible très au loin. Je porte un pronostic relativement favorable à condition que les membranes ne se rompent pas précocement. Le travail se poursuit lentement, avec des contractions utérines irrégulières, le 3, le 4 et le 5 avril. Ce jour-là, à 20 h. 45, les membranes se rompent; il s'écoule un liquide teinté de vert, les bruits du cœur sont bons.

Le 6 avril, à 10 h. 15, la femme est fatiguée, elle n'a pas de fièvre, pouls 80; hauteur utérine 32 centimètres; la dilatation est toujours stationnaire à 3 centimètres, le col s'infiltré; il existe un chevauchement très marqué des pariétaux. Pubiotomie; à 14 h. 45 la tête bien

descendue, dilatation petite paume de main; à 15 h., dilatation complète, extraction au forceps d'un garçon vivant, né étonné, facilement ranimé, 2,980 gr., délivrance naturelle 440 grammes; *suites immédiates apyrétiques, suites éloignées bonnes.*

Cette femme a accouché ultérieurement à la Maternité, le 9 novembre 1923. M. Vignes lui a fait une opération césarienne au début du travail et a extrait une fille de 2,850 grammes.

---

OBSERVATION XI. — L. H..., 38 ans, secondipare, premier accouchement spontané à terme; garçon vivant en 1906. Entrée le 11 mai 1921 à la Maternité (pavillon Chaussier) en travail. Le 12 mai, à midi, rupture spontanée des membranes; la hauteur utérine est de 38 centimètres; on constate une tête élevée mobile, ne débordant pas; le bassin paraît normal. Le travail se poursuit avec des contractions utérines irrégulières.

Le 13 mai, à 10 heures, je constate que la tête pointe dans l'excavation, mais elle n'est pas encore engagée; le col présente 3 centimètres de dilatation; il est fortement œdématié en avant et à gauche, un peu moins en arrière et à droite, les sutures et les fontanelles sont masquées par une bosse séro-sanguine; la tête est dure, très ossifiée, manifestement trop grande pour le

bassin qui n'est cependant pas rétréci, car on n'atteint ni le promontoire, ni la face antérieure du sacrum.

*Pubiotomie.* A midi 30, dilatation complète; la femme commence à pousser; à 13 heures, accouchement naturel; à 13 h. 45, délivrance naturelle, garçon de 3,825 grammes. Pl. 620 grammes. *Suites de couches légèrement fébriles, maximum 38°; suites éloignées bonnes.*

---

OBSERVATION XII. — G. A..., 38 ans, sixième pare, 1911, à Lariboisière, accouchement prématuré provoqué, ballon, écarteurs de Tarnier, forceps, enfant mort de 2,570 grammes; 1912, 1913 et 1914, avortements de trois mois; 1919, accouchement à 7 mois et demi; fille mort-née; la réaction B. W., faite à Lariboisière à cause des avortements, a été négative; néanmoins la femme a pris du sirop de Gibert pendant toute la durée de la gestation actuelle.

Elle entre le 14 mai 1921 à la Maternité (pavillon Chaussier) à la dilatation complète après tentative infructueuse de forceps en ville; la tête est calée au d. s. par un promontoire accessible, les contractions utérines sont intenses et régulières; bruits du cœur bons; à 18 heures, pubiotomie; à 18 h. 30, accouche-

ment naturel d'un garçon de 3,250 grammes ranimé après une heure de soins; délivrance naturelle, pl. 480 grammes. Malgré ses débuts difficiles cet enfant se rétablit bien; il pesait 4 kilos à sa sortie, le quarante-troisième jour.

Suites de couches fébriles; maximum 39°,5 le quatrième jour; après sa sortie de l'hôpital, cette femme *a souffert longtemps pendant la marche* jusqu'au mois d'octobre où elle a éliminé un petit *séquestre osseux par une fistule sus-pubienne*. A partir de ce moment toute douleur a disparu, elle *n'a plus boité*. *Aucun trouble urinaire.*

---

OBSERVATION XIII. — C. M. M., 23 ans, primipare. Entrée en travail à la Maternité (pavillon Chaussier), le 1<sup>er</sup> octobre 1921, à 23 heures. Le 3 octobre, à 11 h. 45, je constate : une tête non engagée, ni fléchie, ni défléchie, en gauche transverse, dure, ossifiée, retenue au d. s. d'un bassin aplati et généralement rétréci; dilatation 3 centimètres; bords de l'orifice et segment inférieur infiltrés et épais; membranes rompues depuis 6 h. 30 du matin; tête n'appuyant pas du tout sur le s. i., disproportion peu marquée entre la tête et le bassin.

Pubiotomie, écartement 5 centimètres; à 17 h. 15,

col complètement dilaté, tête à la partie moyenne de l'excavation; la femme étant assez fatiguée, je fais une application de forceps en O. I. G. T., rotation prudente, lente; garçon de 2,590 grammes né étonné, délivrance naturelle 480 grammes, périnée intact; *suites de couches fébriles*; maximum 40°<sub>6</sub> le quinzième jour; *suites éloignées bonnes*.

---

OBSERVATION XIV. — G..., 37 ans, secundipare, 1917, accouchement naturel à terme, enfant né en état de mort apparente, ranimé, mort de convulsions à 4 mois et demi.

Entrée à la Maternité (pavillon Chaussier), le 19 décembre 1921; albuminurie légère, tension artérielle 13,5-8; début du travail le 25 janvier 1922, à 16 h.; à 17 h. 30, rupture des membranes; tête fixée non engagée en D. T.; b. du c. bons; col en voie d'effacement p. s. p. 10,3, contours du d. s. entièrement accessibles, sacrum concave, crête saillante sur la face postérieure de la symphyse pubienne.

26 janvier, 3 h. 45, dilatation 3 centimètres. Contractions subintrantes, anesthésie au mélange de Schleich, pubiotomie; une heure après, accouchement spontané d'un garçon de 3,810 grammes ra-

né sans difficultés; délivrance 580 grammes, suites de couches fébriles; maximum 38°<sub>3</sub>.

Le 16 mars 1922, *aucun trouble de la marche, un peu d'incontinence d'urine dans la toux.*

---

OBSERVATION XV. — P. M..., 29 ans, troisième pare; deux avortements de six semaines. Entrée à la Maternité (pavillon Chaussier), le 4 janvier 1922; tête au d. s. non engagée, mobile, en gauche transverse; excès de liquide; le 4 février, la tête tendant à filer dans la fosse iliaque, on applique une ceinture eutocique.

Le 21 février 1922, à 15 heures, rupture des membranes, liquide amniotique normal; à 20 heures, apparition des contractions utérines.

Le 22, examinant cette femme et constatant que malgré des contractions utérines violentes, la dilatation n'a fait aucun progrès et que la tête reste toujours haute, je lui propose une opération césarienne qui n'est pas acceptée.

23 février, la tête tend à se défléchir; il se produit de l'œdème du col, la dilatation est stationnaire à un centimètre, liquide amniotique légèrement fétide.

A 11 h. 55, sous-anesthésie au Schleich, je fais une dilatation digitale du col aisément obtenue, suivie

d'une application de forceps au d. s.; les tractions restent infructueuses.

Devant cette situation, je me décide à pratiquer une pubiotomie devant laquelle j'avais reculé jusqu'à là, me conformant au désir formellement exprimé de cette femme, — sage-femme se refusant à toute intervention. — Sitôt la pubiotomie pratiquée, une nouvelle application de forceps est faite, mais l'instrument dérapant, on est obligé de le réappliquer à trois reprises différentes, bien que cependant les tractions soient modérées et que la tête ne semble plus rencontrer de difficultés dans sa progression, et de fait elle se dégage presque seule à 14 heures.

Délivrance artificielle, révision manuelle de l'utérus, corps et segment inférieurs indemnes de lésions, déchirure de la portion vaginale, à droite et à gauche, allant jusqu'au cul-de-sac.

Aucune lésion vaginale, déchirure incomplète du périnée. Fille de 4,220 grammes, ayant été très difficile à ranimer, pl. 640 grammes. L'enfant succombe avec de la cyanose par broncho-pneumonie le 25 février.

Suites de couches très accidentées, suppuration de la région opérée avec ouverture spontanée dans le vagin et ouverture chirurgicale au-dessus de la symphyse; hémoptysie par embolie pulmonaire. Malgré tous ces incidents cette femme se remet bien et *sort en état satisfaisant*, le 11 mai 1922, *ne présentant pas de troubles de la marche.*

OBSERVATION XVI. — G..., 30 ans. Entrée à la Maternité (pavillon Chaussier), le 27 juin 1922, à 22 heures, en travail; membranes rompues depuis 2 h. 30; O. I. D. T., non engagée, appuyant mal sur le s. i.; p. s. p. 19-9; sacrum concave, lignes innommées presque entièrement explorables, albuminurie, tension artérielle 16, 5-6.

Le 28 juin, à 11 h. 30, la dilatation est stationnaire malgré des contractions utérines intenses; il y a de l'œdème du col et du segment inférieur; à 17 h. 30, pubiotomie suivie d'accouchement naturel, fille de 2,720 grammes; délivrance naturelle 650 grammes; suites de couches fébriles, maximum 38°,5; suites éloignées : *a boité pendant trois mois, a marché normalement ensuite, aucun trouble urinaire.*

---

OBSERVATION XVII. — L..., 30 ans, quatrième pare, premier accouchement 1918, forceps; enfant mort, 4,500 grammes; deuxième accouchement 1920, forceps au d. s., fait par moi, extraction pénible d'un enfant vivant et bien portant. En 1922, nouvel accouchement; en présence des difficultés du deuxième accouchement pour lequel j'étais intervenu, j'avais pensé faire

une pubiotomie, mais me laissant influencer par le bon résultat du forceps au d. s., je me laissai aller à faire encore une application de forceps qui fut extrêmement dure et ne me donna qu'un enfant mort, d'ailleurs volumineux comme le deuxième. Le bassin était en apparence normal, toutefois la radiographie faite par le docteur Bouchacourt montra qu'il y avait un bassin à type masculin avec aplatissement notable de l'arc antérieur.

Le 22 novembre 1923, un nouvel accouchement commence; il s'agit d'une grossesse à terme; hauteur utérine 33 centimètres; tête haute en O.I.G.T.; petites douleurs jusqu'au soir.

Le 23 au matin, dilatation 5 centimètres; col épais circonscrit par gros bourrelet oedémateux, membranes intactes, la descente de la tête n'a fait aucun progrès.

Pubiotomie, écartement 3 centimètres, la tête descend, rupture des membranes, mais l'œdème du col empêche la dilatation.

Je me décide à faire une application de forceps en dilatation manuelle et j'écarte prudemment le col avec les doigts; j'extrais une fille de 3 kil. 550 qui crie vigoureusement; délivrance artificielle pour défaut de décollement du placenta et commencement d'incarcération. Je dois dire que j'avais pratiqué après la pubiotomie un tiers de centimètre cube d'hypophyse pour intensifier les contractions utérines et un autre tiers au moment de l'application de forceps pour parer à des accidents d'inertie utérine possibles.

*Suites de couches légèrement fébriles; suites éloignées très bonnes pour la mère comme pour l'enfant.*

---

OBSERVATION XVIII. — D. F..., 24 ans, primipare. Entrée en travail à la Maternité de Boucicaut, le 10 juin 1924; hauteur utérine 27 centimètres. Présentation du sommet mobile, bien centrée, en gauche transverse; bruits du cœur bons. Toute la journée du 10 juin, violentes contractions utérines de cinq en cinq minutes; à l'entrée, dilatation 1 centimètre. Il n'y a pas de poche des eaux, les membranes s'étant rompues prématurément. Le 11 juin, à 9 heures, la dilatation n'étant encore que de 3 centimètres, il s'écoule un liquide amniotique vert; aussi à 10 heures, sous chloroforme, je fais une pubiotomie et je laisse le travail marcher spontanément, les bruits du cœur étant seulement un peu assourdis; à 18 h. 30 la dilatation est complète, la tête est sur le périnée, mais progresse peu malgré de violents efforts d'expulsion, efforts qui entraînent la constitution d'un épanchement séro-sanguin vers la grande lèvre gauche et la région sus-pubienne. Aussi je me décide à faire à ce moment une application de forceps et, saisissant la tête du front à l'occiput, je l'amène à l'extérieur en faisant la rotation avec beaucoup de précautions, et j'extrais un

garçon de 3,080 grammes, né étonné mais facile à ranimer. Aussitôt, après la naissance, j'injecte à la mère un quart de centimètre cube d'hypophyse.

Malgré cela, ou peut-être à cause de l'insuffisance de la dose, la femme fait une hémorragie de un litre et demi et le placenta ne se décolle que partiellement. Délivrance artificielle. Pl. 380 grammes, suites de couches légèrement fébriles, maximum 38°,5 le cinquième jour. La malade quitte l'hôpital, le 26 juin 1924 avec son enfant, *tous deux sont dans un état très satisfaisant.*

---

Comme nous l'avons indiqué dans notre préambule, les seize interventions suivantes ont toutes eu lieu à la *maternité de l'hôpital Boucicaut*, sauf une pratiquée en ville.

La première est de janvier 1925, la dernière de juillet 1928.

Voici ces seize observations :

OBSERVATION XIX. — Le 19 janvier 1925, Mme D..., primipare de 24 ans, entre dans le service, et, après un travail long et pénible, par suite d'inertie utérine, de fatigue de la mère, on fait deux tentatives de forceps, toutes deux infructueuses, le forceps dérapant chaque fois.

M. Le Lorier, appelé près de la parturiente, fait alors le diagnostic suivant : *dystocie des épaules dans un bassin légèrement aplati*. La tête a nettement franchi

le D. S., mais en restant très haut située dans l'excavation. Les bruits du cœur sont bons, le liquide amniotique légèrement teinté de mœconium. Au toucher on sent un crâne mou et un craquement qui se produit à chaque pression du doigt. C'est dans ces conditions que M. Le Lorier décide d'intervenir et de pratiquer une pubiotomie.

Après anesthésie au Schleich, on fait une pubiotomie à gauche de la ligne médiane à la scie de Gigli. Pubiotomie rapide facile, sans incidents, et l'on pratique, après avoir obtenu par abduction un léger écartement, un forceps en O. I. D. T.; la prise est bonne, régulière; la progression est très facile; quand la tête est très basse, presque engagée dans le bassin, on procède aussi doucement que possible à la rotation. L'extraction est faite alors d'un enfant pesant 4,260 gr., de coloration rosée, ayant des battements cardiaques réguliers, mais ne respirant pas; on ne le ranime que très difficilement. La délivrance est naturelle et complète, pesant 670 grammes.

L'enfant est porteur d'une paralysie faciale gauche produite vraisemblablement au moment des deux prises de forceps qui avaient dérapé, par suite d'une prise un peu oblique.

Il présente en outre une zone crânienne tuméfiée avec épiderme mâchuré, manifestation due au bec de la cuillère antérieure. On y applique aussitôt un pansement avec pommade à l'argyrol.

Aucun incident immédiat du côté de la mère, qui

cependant a gardé à la suite de l'intervention une *incontinence partielle d'urine* pour laquelle M. Le Lorier a fait un plissement du sphincter avec excellent résultat.

L'enfant est décédé de broncho-pneumonie au treizième jour.

---

OBSERVATION XX. — Mme B..., primipare de 26 ans, entre le 5 mars 1925 en travail, avec un *bassin plat, rachitique, canaliculé* avec faux promontoire sacré à 11 centimètres. Après un travail qui avait duré quarante-huit heures, les bruits du cœur sont bons, le liquide amniotique normal.

C'est dans ces conditions que M. Le Lorier décide de pratiquer sous anesthésie au Schleich une *pubiotomie différée suivant la technique de Cathala*.

La dilatation est à ce moment à grande paume de main, et la tête très grosse, dont les sutures chevauchent fortement, n'a pas franchi le d. s. On commence donc par mettre en place, selon la technique habituelle, la scie de Gigli, et on l'y laisse, sans sectionner le pubis. On essaie alors une application de forceps au d. s. en faisant une prise en O. F. Après une tentative prudente de traction qui ne réussit pas à engager la tête, la section du pubis est alors pratiquée sans

retirer le forceps; on obtient ainsi aisément un écartement de 4 à 5 centimètres.

La tête est alors facilement amenée à la vulve en G. T. Une tentative de rotation est faite, mais abandonnée devant la résistance de la tête; on fait alors une deuxième prise régulière.

On effectue prudemment la rotation et l'extraction s'opère sans incident.

L'enfant né étonné crie très rapidement, c'est un garçon de 3,700 grammes.

La délivrance naturelle et complète est normale

On constate alors comme lésions locales :

Une déchirure vaginale très profonde sur la paroi antérieure. On suture immédiatement au catgut.

Cette plaie ne communique ni avec le foyer osseux, ni avec la vessie.

*La mère et l'enfant sortent tous deux en parfait état.*

Cette femme est revenue en juin 1927 à l'occasion d'une deuxième grossesse et ne présente *aucun trouble de la marche.*

Il existe une *légère incontinence d'urine* plus marquée depuis qu'elle est de nouveau enceinte.

Le 12 juin 1927, elle *accouche, spontanément*, dans le service, à terme, d'un enfant de 3,850 grammes.

---

OBSERVATION XXI. — Le 21 mai 1925, Mme J..., primipare de 28 ans, présentant un *bassin du type aplati généralement rétréci* avec faux promontoire sacré accessible à 11 cm., 2. On pratique une pubiotomie suivant la technique de M. Le Lorier, on obtient par abduction un écartement de 2 cm., 5 environ.

Une heure après la pubiotomie, la femme accouche spontanément d'une fille vivante pesant 3,890 gr. La délivrance est naturelle et complète et pèse 600 gr.

Cette femme présente, à sa sortie du service, une *légère incontinence d'urine dans l'effort et la toux*, nulle la nuit dans la position horizontale.

Le 12 septembre 1928, *accouchement spontané*, à terme, d'une fille pesant 3,330 grammes.

---

OBSERVATION XXII. — Il s'agit d'une femme Mme P. J..., primipare de 23 ans, visitée en ville par M. Le Lorier, à la demande du médecin qui craignait des complications au moment de l'accouchement. Il s'agissait d'une présentation céphalique très haute, très mobile avec un excès notable de liquide, mais qui cependant ne paraissait pas déborder. Son *bassin*

*était du type plat, rachitique, généralement rétréci et canaliculé, P. s. p. à 10,8 environ, faux p. s. p. à 10,5.*

Depuis l'apparition des contractions le 14 juin 1925, à 5 heures, contractions qui vont en s'accroissant le 15, en se reproduisant toutes les dix minutes, la tête très mobile est maintenue par une ceinture euto-cique. Elle se fixe bientôt au d. s., et à 15 heures, les membranes se rompent spontanément; il s'en écoule un liquide verdâtre très abondant.

La dilatation est à ce moment presque complète, mais la tête ne semble pas progresser. A 22 heures, la tête est stationnaire et M. Le Lorier décide alors de pratiquer une pubiotomie.

Celle-ci est faite selon sa technique à gauche de la ligne médiane.

La première scie introduite scie mal et se casse; on réintroduit une seconde scie, qui termine la section sans encombre. Hémorragie insignifiante, écartement de 3 centimètres environ.

L'accouchement est abandonné à lui-même. La femme qui avait été endormie au Schleich se réveille peu à peu. On lui fait prendre successivement en trois fois trois quarts de centimètre cube d'hypophyse à vingt minutes environ d'intervalle. Les bruits du cœur sont bons.

On obtient alors des contractions énergiques et régulières, sans violence exagérée. Les bruits du cœur sont soigneusement surveillés pendant toute cette période.

*L'accouchement est alors spontané et normal, la délivrance naturelle et complète, le périnée est intact et l'état général de la femme très satisfaisant.*

---

OBSERVATION XXIII. — Le 27 juin 1925, entre dans le service Mme B..., primipare, à 20 h. 15. Depuis le matin 9 heures elle présente des contractions violentes.

C'est une sage-femme de ville qui l'amène à la Maternité, pensant que l'accouchement spontané ne pourra avoir lieu, car la dilatation est complète depuis 6 h. 45 et la poche des eaux rompue depuis cette heure-là; le liquide amniotique était légèrement teinté de vert.

Il s'agit d'une femme présentant tous les signes de *rachitisme*; taille peu élevée, membres inférieurs courts, fémurs incurvés, déformation des genoux qui sont globuleux. La malade a été opérée d'ailleurs dans son enfance pour genu valgum bilatéral et ses mouvements d'abduction et de flexion sont limités.

Au point de vue obstétrical on palpe la tête au-dessus de l'excavation, bien fixée avec des bosses frontales très saillantes. Le dos est à gauche, les bruits du cœur sont bons, mais par moments quelque peu assourdis. Au toucher; le sommet est en présentation

très élevée au-dessus de la symphyse, n'appuyant pas sur le col qui n'est qu'incomplètement dilaté à petite paume de main. Les membranes sont effectivement rompues, la tête est bien fléchie en O. I. G. A. *Le bassin est du type généralement rétréci mais surtout dans le sens transversal*; faux promontoire à 10,8. Promontoire vrai non accessible; sacrum concave. La malade ayant été examinée et touchée en ville, on décide de tenter une pubiotomie plutôt qu'une césarienne basse.

M. Le Lorier la pratique selon sa technique habituelle, après anesthésie au Schleich. Il se produit immédiatement un écartement assez considérable au niveau du trait de section, 5 centimètres environ, et une hémorragie notable, si bien qu'on doit tamponner avec une mèche iodoformée la plaie opératoire.

Les bruits du cœur étant très ralentis, on décide alors une extraction du fœtus au forceps. Mais comme la dilatation est insuffisante, avec l'aide de ciseaux et sous le contrôle de la vue, on pratique une incision antérieure du col. Le forceps est appliqué en O. I. G. A. et l'extraction rapidement effectuée; l'écartement pelvien est de 7 centimètres au moment du passage de la tête. Après l'extraction on se rend compte qu'il existe un délabrement important des parties molles à la partie antérieure de la vulve.

Il existe là une large déchirure qui fait communiquer la plaie vaginale et la plaie opératoire. L'urètre est reporté en dehors vers la droite de la malade; on craint une déchirure urétrale et vésicale.

Une sonde introduite dans la vessie permet de se rendre compte que le canal est intact et qu'il existe un peu d'urine non sanglante dans la vessie. On pratique alors des sutures vaginales au catgut n° 2, puis on suture le col. On laisse une sonde à demeure.

La mèche qui tamponne la plaie opératoire supérieure est laissée en place.

On met une ceinture de flanelle débordant sur les cuisses de façon à diminuer le plus possible l'écartement pelvien.

Poids de l'enfant 3,140 grammes, délivrance naturelle et complète 490 grammes; le lendemain et les jours suivants bon état général, la malade urine une quantité notable d'urine non teintée de sang.

---

OBSERVATION XXIV. — Le 10 juillet 1925, une secondipare, ayant eu lors d'un premier accouchement une application de forceps pour un enfant de 3,500 grammes, est amenée dans le service à 10 h. 30.

Les membranes sont rompues depuis la veille 19 h. Les contractions sont énergiques. M. Le Lorier constate un utérus de 39 centimètres, une présentation du sommet non engagée, un dos à gauche en transverse; les bruits du cœur un peu ralentis, mais bien frappés, un liquide amniotique légèrement verdâtre,

un col, présentant à gauche et en avant une déchirure ancienne, entièrement effacé, un peu épaissi mais souple néanmoins, dilation entre deux et cinq francs.

La tête est très haute, appuyant mal sur l'orifice utérin et maintenue élevée par un *bassin du type aplati et généralement rétréci*, mais large. La *disproportion est plutôt le fait du gros volume de la tête que du bassin*.

Comme malgré l'intensité des contractions, la tête ne progresse nullement, M. Le Lorier à 12 h. 30 fait une pubiotomie gauche sous anesthésie au Schleich suivant sa technique et sans aucun incident opératoire.

L'opération étant exécutée, la tête descend et prend contact étroit avec le col, mais on constate à ce moment que les bruits du cœur, très rapides déjà, s'accélérent encore, s'assourdissent et deviennent légèrement soufflants. Un quart de centimètre cube d'hypophyse est fait alors, le col étant d'une souplesse suffisante; on fait une application de forceps en occipito-frontale, la tête descend et progresse sans difficultés, retardée seulement par le col que l'on sollicite avec prudence, puis elle franchit le périnée en effectuant elle-même sa rotation. Le forceps est désarticulé avant l'extraction totale; on ne juge pas utile de faire une épisiotomie.

L'enfant qui pèse 4,160 grammes né un peu étonné, respire et crie très facilement. Injection de un quart centimètre cube d'hypophyse après l'accouchement.

Délivrance par extraction simple sans incidents; aucune lésion n'est constatée.

*Cette femme, contrairement aux prescriptions formelles données, est restée par négligence sans être sondée pendant deux jours; le troisième jour elle a commencé à présenter un écoulement d'urine par les plaies opératoires. C'est depuis ce cas malheureux que M. Le Lorier a pris l'habitude de toujours laisser une sonde à demeure dans la vessie.*

Cette femme a été opérée en juin 1926 par le docteur Papin, de Saint-Joseph, en deux temps.

Revue dans le service depuis à l'occasion de la troisième grossesse, elle n'a ni troubles de la marche, ni incontinence d'urine.

*En mai 1927, accouchement spontané, à terme, très rapide, d'une fille de 2,600 grammes.*

---

OBSERVATION XXV. — Il s'agit de Mme A. J..., 28 ans, primipare, sur laquelle M. Le Lorier décida de faire une pubiotomie pour les raisons suivantes :

Travail long, liquide teinté de mœconium, tête fortement ossifiée, qui, bien que ne débordant pas, n'est nullement engagée et est en D. T., le sillon du cou

étant à 9 cm, 5; le col est épais, dilaté comme une grande paume de main; on sent de plus un petit sac membraneux flasque au-devant de la tête. La suture sagittale est assez rapprochée de la symphyse, la petite fontanelle est presque au centre du bassin, le sacrum est accessible au loin à 10 cm. 7, les lignes innomées sont entièrement explorables.

En résumé : *tête maintenue haute par un bassin du type aplati et généralement rétréci.*

On procède donc à une pelvitomie suivant la technique habituelle, après anesthésie au Schleich. L'opération est poursuivie sans incidents, on adapte en même temps à la scie un fil de bronze de manière à parer éventuellement à la rupture de la scie; temps hémostatique de cinq minutes de durée montre en main; l'hémostase est parfaite et on obtient alors un écartement de quelques centimètres. M. Le Lorier escomptant un accouchement rapide profite de l'anesthésie pour faire une épisiotomie à droite.

On cesse l'anesthésie, la femme est fixée par les deux cuisses, les cuisses limitées en abduction par une bande de toile. A 17 h. 30, après une deuxième injection d'hypophyse sans résultat, M. Le Lorier fait une application de forceps : la tête est saisie du front à l'occiput, mais un peu en biais, la cuillère gauche venant se placer sur la moitié droite du frontal. L'extraction est alors faite très facilement sans rotation. L'enfant, un garçon de 3,300 grammes, né étonné, mais crie facilement. La délivrance par extraction

simple vient avec ses membranes déchirées et une rétention partielle de chorion et de caduque.

Revision manuelle de la cavité utérine qui ramène les débris manquants et quelques gros caillots. Pas d'injection intra utérine consécutive; suture de la plaie de l'épisiotomie, *révision des parties molles, aucune lésion.*

Pose d'une sonde de Petzer dans la vessie dès l'application du forceps.

Le 14 juillet 1926, Mme A..., a *accouché spontanément d'un enfant de 2,580 grammes*, pl. 550.

---

OBSERVATION XXVI. — Mme B..., primipare de 32 ans, envoyée de ville par deux médecins à la Maternité : le docteur Henri Vignes, accoucheur des hôpitaux de Paris, qui avait été consulté après une application de forceps faite par un médecin, décida de l'envoyer à M. Le Lorier aux fins de basiotripsie ou d'opération de Portes. Voici dans quelles conditions.

Après une gestation excellente, cette femme était entrée en travail le 23 janvier dans la soirée.

Une sage-femme de ville constata alors que la tête était élevée, mais elle n'en rechercha pas autrement les causes.

Le 24 janvier au matin : rupture des membranes

par la sage-femme, qui fait appeler un médecin, le docteur G.

A ce moment, celui-ci constate une dilatation complète, une tête élevée et tente une application de forceps. Il ne peut, après avoir introduit la première branche, introduire la seconde; les bruits du cœur étant bons, il téléphone au docteur Vignes.

Celui-ci arrive vers 11 heures; il constate un utérus dur, allongé, dont le fond est très incliné à droite.

Cet utérus présentait à sa partie moyenne, au niveau de l'ombilic, un anneau de contracture. La palpation des contours fœtaux était impossible. La tête cependant ne débordait pas; par le toucher on la trouvait au-dessus du d. s. Dilatation complète. On atteignait le promontoire à un doigt assez facilement.

Les douleurs, après avoir été très vives toute la nuit et toute la matinée, étaient moins vives. Le docteur Vignes injecte un centigramme de morphine sous-cutanée, un quart d'heure après, l'utérus s'étant assoupli quelque peu, on pratiqua l'anesthésie générale et le docteur Vignes fit une prise en O. I. G. T. au-dessus du d. s., prise antéro-postérieure. Le docteur Vignes fit des tractions le plus bas qu'il fut, mais la têtelse bloqua contre la symphyse, ne s'engageant pas et le forceps dérapa.

Mme B... fut alors envoyée à Boucicaut dans ces conditions.

A son arrivée, après examen, la température étant

de 36<sup>o</sup>,8, pouls 94, la femme ne paraissant pas très fatiguée, on fait appel à M. Le Lorier.

Cette femme, interrogée par lui, lui apprend qu'elle fut soignée étant jeune pour une coxalgie.

Les bruits du cœur sont normaux, la hauteur utérine est de 34 centimètres, à 13 heures. M. Le Lorier, après avoir constaté *un très léger degré de viciation pelvienne*, après avoir constaté le très bon état des parties molles, un col utérin très souple facilement amené à la dilatation complète, décide de pratiquer une *pubiotomie gauche*.

Après introduction de l'aiguille et passage de la scie sans incident, il se produit après la section du pubis une hémorragie assez abondante par les deux orifices de la plaie, hémorragie qui s'arrête complètement après cinq minutes de tamponnement. L'écartement pubien est porté à trois centimètres, on procède immédiatement à une application de forceps du front à l'occiput, qui tient très bien, et permet d'amener sans difficultés la tête sur le périnée; on injecte un demi-centimètre cube d'hypophyse et après avoir fait une large épisiotomie gauche, on extrait l'enfant sans efforts.

L'enfant respire aussitôt, et crie; c'est un garçon pesant 3,050 grammes dont le cordon était fortement teinté de mœconium.

Aussitôt on procède à la revision des parties molles. M. Le Lorier constate une petite déchirure droite postérieure qui ne dépasse pas le cul-de-sac. Rien du

côté vaginal, à la vulve deux crins à l'épisistomie.

Introduction d'une sonde à demeure et pose d'un point de suture sur l'orifice de ponction sus-pubien.

L'enfant prend normalement le poids réglementaire journalier et la mère *n'a pas présenté de suites de couches fébriles*. La température, très régulière, n'a jamais dépassé 37°,8; le pouls est régulier et synchrone.

Le onzième jour, la malade met pendre ses jambes hors de son lit, les jours suivants elle se lève, et le *quatorzième jour elle sort en excellent état, sans aucun trouble de la marche*.

---

OBSERVATION XXVII. — Mme G..., primipare de 30 ans, suivie en ville du 5 au 7 juillet 1926 par une sage-femme, entre à la maternité de Boucicaut le 7 juillet à 17 h. 30.

Le 6 juillet, à la suite de violentes douleurs subintrantes, la poche des eaux se rompt, et un liquide jaunâtre en est expulsé. Le travail est resté depuis stationnaire et M. Le Lorier, appelé alors en consultation, décide, après avoir constaté *un léger vice pelvien*, le transfert de la parturiente à l'hôpital.

Le 7 juillet à 19 h. 20, la dilatation est de deux francs. M. Le Lorier fait alors, pour fatigue de la

mère, une incision du col, et application de forceps à la partie moyenne de l'excavation en D. P.

La tête est extraite assez facilement, mais par suite d'une *dystocie des épaules* on est obligé de procéder à une *section sous-cutanée de la symphyse suivant la technique de Zarate*.

Les épaules, après écartement du bassin, sont extraites alors très facilement, l'enfant est un garçon pesant 4,650 grammes, né inanimé, mais qui est ranimé au bout de quinze minutes. On laisse une sonde à demeure à la mère. La délivrance artificielle est faite immédiatement, malgré une épisiotomie latérale le périnée s'étant déchiré, on procède immédiatement aux sutures nécessaires.

La mère présente dès l'accouchement un pouls rapide oscillant entre 100 et 120 pulsations par minute. Les jours suivants, le pouls reste stationnaire, la température n'étant, elle, que de 36°,8, 36°,9.

Le 10 juillet, par suite de l'oblitération de la sonde vésicale, on procède à son changement et l'on constate un œdème du périnée; les lésions périnéales suppurent et ont un mauvais aspect. La température ne dépasse pas 37°,4, 37°,5.

Le 12 juillet, la sonde est retirée, la femme urine normalement; la température est normale, 37°,5. Le 19 juillet, brusque ascension thermique à 40°, pouls 146. M. Le Lorier examine sa malade, et ne trouve rien d'anormal; les deux jours suivants, la température tombe progressivement par paliers successifs

et le 21 août descente brusque à 36°,8, le pouls se maintenant aux environs de 120 pulsations par minute, la température vespérale, ce même jour, est de 38°,5 pouls 135.

Le 26 juillet, la malade se plaint d'une douleur dans le mollet gauche, qui est nettement moins mobile que le droit. La cuisse gauche présente un assez gros cordon veineux et un léger épanchement synovial au genou.

Le 27, on met le membre inférieur gauche dans une gouttière. Le pouls descend à partir de ce moment lentement, mais d'une façon continue jusqu'au 19 août où il atteint moins de 90 pulsations par minute. On commence, après avoir enlevé la gouttière, à mobiliser la jambe, mais devant une brusque ascension du pouls, le 27, on remet la gouttière. La phlébite se guérit rapidement et la femme sort bientôt en excellent état.

*L'enfant a présenté une paralysie radiculaire du membre supérieur gauche, un examen électrique en fut fait à l'hôpital des Enfants-Malades où il fut décidé devant les lésions constatées d'attendre l'âge de deux mois avant de commencer tout traitement.*

*Mais après une série d'abcès sous-cutanés multiples, traités par injections sous-cutanées de propidon, l'enfant meurt avec complications pulmonaires, un mois et demi après sa naissance.*

La mère ne présentait à sa sortie du service aucun trouble, ni de la marche, ni de la vessie.

*Elle vient d'accoucher spontanément dans le service, le 28 octobre, d'une fille à terme pesant 3,270 grammes.*

---

OBSERVATION XXVIII. — Mme C..., troisième pare de 22 ans, ayant déjà eu deux accouchements normaux, spontanés, antérieurs en 1923 et en 1925, à la maternité de Boucicaut, entre au dortoir de la dite maternité, le 21 septembre 1926, pour albuminurie, avec une grossesse près du terme.

La femme est mise au régime des pyélo-néphrites; le 28 septembre à 23 heures commencent des douleurs régulières et répétées, toutes les vingt minutes environ. A ce moment la tête n'est nullement engagée, elle est fixée mais assez mal fléchie. Dos à gauche et en arrière. Le sillon du cou est à 9 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne, le moignon de l'épaule à 11 centimètres. Le 29 septembre, à 6 heures et quart, la tête est restée stationnaire sans progresser depuis que le sillon du cou est descendu à 6 centimètres et le moignon de l'épaule à 8.

Les bruits du cœur sont bons, les douleurs sont devenues fréquentes et fortes, toutes les trois ou quatre minutes.

A 10 heures, rupture spontanée de la poche des eaux,

le liquide est normal, bruits du cœur bons, sillon du cou stationnaire, moignon de l'épaule également.

M. Le Lorier palpe alors la parturiente et constate : un sommet fixé, non engagé, un dos à gauche et en arrière, des bruits du cœur bons; les heures suivantes, les contractions vont en s'espaçant jusqu'à un degré assez marqué d'inertie utérine, à la suite d'une injection de 1 centimètre cube de morphine, faite sur les conseils de M. Le Lorier pour contractions subintrantes.

Les bruits du cœur sont excellents, la dilatation est complète, la tête restant toujours très haute; pouls à 96, température 36°,9.

A 23 h. 45, M. Le Lorier ayant constaté une non-progression de la tête, fait une symphyséotomie à la manière de Zarate suivie d'accouchement spontané au bout d'une demi-heure; on avait aussitôt après la section de la symphyse injecté un demi-centimètre cube d'hypophyse et introduit une sonde à demeure; délivrance naturelle, complète.

L'enfant est un garçon de 3,370 grammes, né en parfait état, qui prend les jours suivants régulièrement son poids. La mère présente un pouls et une température normaux, pendant les trois jours suivant l'accouchement; le troisième jour on enlève la sonde vésicale; le cinquième jour, ascension thermique à 38°,8 suivie d'une augmentation concomitante des pulsations; les sixième et septième jours, la température et le pouls redeviennent normaux.

La femme se lève le neuvième jour et le quatorzième jour *la mère et l'enfant quittent l'hôpital en parfait état.*

*Aucuns troubles tant du côté de la vessie que du côté de la marche.*

---

OBSERVATION XXIX. — Mme G..., primipare de 31 ans, sans antécédents pathologiques, sans accidents susceptibles d'expliquer une viciation pelvienne (*bassin oblique ovalaire de Naegelé*).

Suivie, au cours de sa grossesse, régulièrement à la maternité de Boucicaut.

Le 17 mars 1927, M. Le Lorier constate une grossesse de sept mois environ; présentation du sommet, mais avec :

- 1° un rétrécissement de l'espace bi-ischiatique;
- 2° une ogive pubienne haute et étroite.

Par contre :

- le coccyx est loin et mobile;
- le sacrum est également lointain.

La mensuration donne :

- Bitrochantérien 29 centimètres;
- Bicrête 29 centimètres.

Le pronostic est alors réservé pour la période de dégagement.

Le 7 avril et le 25 mai, on constate une présentation en O. I. D. T., enfant vivant.

Le bi-ischiatique est de 7 centimètres trois quarts en position obstétricale et de 9 cm. 5 en position de Jonges.

M. Le Lorier réserve toujours le pronostic pour la période de dégagement.

Le 26 mai 1927, début du travail, à 3 heures du matin. Le sillon du cou progresse lentement de 7 centimètres à 3 centimètres à 12 heures, les bruits du cœur sont bons, les contractions également. La dilatation est complète, on procède alors à la rupture artificielle des membranes : le liquide amniotique est normal également.

De 12 heures à 17 heures, les contractions vont s'espaçant jusqu'à un certain degré d'inertie, le sillon du cou descend à 3 centimètres de la symphyse, mais M. Le Lorier constatant alors : des bruits du cœur soufflants, un arrêt prolongé de la progression céphalique, une absence de rotation de celle-ci, décide d'intervenir *après un travail de trente-sept heures*.

A 18 h. 40, pubiotomie à la scie de Gigli suivant la technique habituelle, sous-anesthésie au Schleich.

Mise de la parturiente en position obstétricale. Après, une légère hémorragie veineuse arrêtée très rapidement par hémostase compressive de cinq minutes de durée.

L'application de forceps est alors pratiquée sur un sommet en O. I. D. T.

On écarte légèrement les deux membres inférieurs et l'on pratique une épisiotomie pour diminuer l'effort sur la paroi antérieure du vagin et de la vulve.

A 19 h. 15, extraction d'un enfant de sexe masculin pesant 3,400 grammes.

OM = 13cm.7 — OF = 11cm.3 — BIP = 9cm.5  
BIT = 8cm.3 — SOB = 9cm.2 — SOF = 11cm.3  
SMB = 9cm.4.

En excellent état.

La délivrance est naturelle et complète, on suture de trois crins l'épisiotomie, et l'on place un crin à l'orifice de ponction sus-pubien, une sonde à demeure est placée et l'on rapproche les deux membres inférieurs.

L'état de la mère les jours suivants est des plus satisfaisants, la température et le pouls restent normaux.

Le 30 mai, on retire la sonde; la femme urine seule, normalement; on note seulement une légère parésie dans le domaine du sciatique poplité externe droit due probablement à la position d'extension forcée.

Le 10 juin, *la mère et l'enfant sortent en parfait état*, la parésie légère de la mère ayant complètement disparue, et celle-ci, ne présentant *aucun trouble de la miction, ni de la marche.*

---

OBSERVATION XXX. — Mme T..., multipare de 38 ans, entre à la salle de travail, le 21 novembre 1927, à 23 heures, avec une dilatation d'une petite paume, des contractions intenses et fréquentes, un col très épais, une poche des eaux rompue depuis le 21 novembre, à 22 heures. La tête est très haute et ne semble pas vouloir s'engager.

Le 22 novembre, à 11 heures, la femme est examinée par M. Le Lorier; elle présente alors une hauteur utérine de 40 centimètres, un dos à gauche, des bruits du cœur bons; à 14 h. 30, hauteur utérine 35 centimètres, moignon de l'épaule à 7 cm. 5, sillon du cou à 5 centimètres; le col est dilaté à grande paume avec un léger œdème de la lèvre antérieure. La présentation s'effectue en O. I. G. A., les douleurs sont répétées, intenses, toutes les dix minutes environ, bruits du cœur excellents. M. Le Lorier fait une injection d'un demi-centimètre cube d'hypophyse sous-cutanée.

Les contractions deviennent, alors fréquentes, toutes les trois minutes, et subintrantes.

A 16 h. 10, on constate un col œdématié et une dilatation stationnaire à grande paume.

Mais les bruits du cœur commençant à 19 heures à s'accélérer, devant la non-progression et de la dilatation et de la tête, à 23 heures, M. Le Lorier tente une application de forceps avec deux incisions du col, l'une en avant, l'autre en arrière, mais le forceps ne tarde pas au cours de la traction à déraiper.

M. Le Lorier pratique alors une symphyséotomie sous-cutanée au bistouri à la manière de Zarate après déviation de l'utérus par un doigt intra-vaginal, le forceps est alors appliqué après un léger écartement et on procède sans difficultés à l'extraction d'un enfant du sexe masculin pesant 3,900 grammes. Après injection de un quart de centimètre cube d'hypophyse, la délivrance est naturelle et complète, le périnée est intact.

L'enfant présente avec quelques légères ecchymoses crâniennes, un enfoncement du pariétal gauche très marqué. Après redressement du dit pariétal, le B. I. P. est de 9 cm. 5. L'enfant, les jours suivants, n'a pas présenté une température supérieure à 37°,5, et 37°,8. Il augmente progressivement et d'une façon continue de poids, et *sort en parfait état, ainsi que la mère*, qui après avoir présenté, pendant quelques jours, des élévations thermiques, s'est parfaitement rétablie, et ne présente *aucun trouble de la miction, ni de la marche*.

---

OBSERVATION XXXI. — Mme M..., primipare de 29 ans. A été suivie au cours de sa grossesse par M. Le Lorier, qui avait constaté à ce moment-là l'existence d'un bassin du type aplati et généralement rétréci, mais

*de bon pronostic*, le promontoire étant accessible au loin.

Dans la soirée du 26 février 1928, M. Le Lorier est appelé près d'elle par une sage-femme et constate qu'elle est en travail depuis vingt-quatre heures; les membranes ont été rompues artificiellement au début de l'après-midi pour excès de liquide amniotique.

M. Le Lorier constate une dilatation intermédiaire entre petite et grande paume, une tête fixée, haute, non engagée, qui n'appuie pas sur le col. La présentation est Gauche Transverse. Il existe une disproportion certaine, mais minime, entre la tête et le bassin. On transporte la femme à la maternité de Boucicaut, où M. Le Lorier décide de pratiquer une pubiotomie suivant la technique habituelle, à la scie de Gigli.

A 23 heures, le 26 février, on pratique donc une pubiotomie à gauche de la ligne médiane, après un temps d'hémostase compressive de cinq minutes de durée et abduction des cuisses permettant un écartement pelvien de 4 à 5 centimètres. M. Le Lorier fait une application de forceps après injection de un demi-centimètre cube d'hypophise.

Le col se laisse franchir à l'aide de tractions continues, soutenues, sans brutalités, au prix de très légères et minimales déchirures, la tête progresse aisément dans l'excavation et, après avoir pratiqué une épisiotomie droite afin de soulager la paroi antérieure du vagin de la pression exercée sur elle, l'extraction

a lieu sans incident. L'enfant, un garçon de 3,760 grammes, crie aussitôt.

La délivrance est naturelle et complète.

On place une sonde à demeure, on restaure l'épisiotomie à l'aide de deux crins de Florence.

Les suites de couches sont quelque peu fébriles les quatre premiers jours, la température oscille entre 38 et 39° avec un léger crochet thermique le cinquième jour à 39°,5. Mais à partir de ce moment la température redevient progressivement normale par paliers successifs, le pouls synchrone également.

*La mère et l'enfant partent en excellent état, le 13 mars.*

*Aucun trouble de la miction ni de la marche.*

---

OBSERVATION XXXII. — Mme F..., primipare de 22 ans. Examinée pendant sa gestation, à la maternité de Boucicaut, présente un *rétrécissement du bassin*, le promonto sous-pubien est en effet de 10 cm. 2.

Elle entre à la salle de travail, le 19 avril 1928, à 22 h. 30, avec des contractions énergiques et rapprochées, des membranes intactes, des bruits du cœur bons, et une tête mobile, qu'on centre sans difficulté entre deux contractions et qu'on immobilise en bonne position à l'aide d'une ceinture euto-

cique. Le 20 avril, à 8 heures, la dilatation est de petite paume, la femme présente depuis plusieurs heures de l'inertie utérine nettement marquée.

A 10 h. 40, M. Le Lorier l'examine et se trouve en présence d'une O. I. G. T. très haute, très mobile, ballotant dans un excès de liquide amniotique. Les bruits du cœur sont lents et un peu sourds et sont entendus à gauche. La dilatation est à grande paume, la poche des eaux est tendue.

*Le bassin est plat, rachitique, le vrai promontoire n'est pas accessible, on note deux faux promontoires sacrés dont le plus élevé correspond à S1, S2, et est accessible à 10 cm. 2.*

M. Le Lorier, devant ces diverses constatations, se décide à faire une pubiotomie préventive avec l'intention d'extraire l'enfant par version aussitôt après.

Le grand excès de liquide faisant écarter l'idée d'une césarienne en faisant craindre de tomber sur un fœtus en mauvais état.

Suivant ce plan, M. Le Lorier commence par faire une incision du col au méridien de deux heures avec des valves et sous le contrôle de la vue. Le col est à ce moment à grande paume de main, une incision courte est donc suffisante; elle est arrêtée à 1 centimètre environ du cul-de-sac. Hémorragie veineuse nécessitant un tamponnement provisoire.

Après avoir alors changé de gants, dans un deuxième temps, M. Le Lorier pratique alors, suivant sa tech-

nique habituelle, une pubiotomie à la scie de Gigli à gauche de la ligne médiane, après avoir préalablement complètement vidé la vessie.

Sitôt le pubis sectionné, on retire la scie, et on n'exerce aucune abduction des cuisses de façon à ne produire aucun écartement des deux branches de section. On pratique le temps d'hémostase de cinq minutes de durée. Un hématome, qui s'était produit dans la grande lèvre gauche, s'est vidé à ce moment par l'orifice de ponction inférieur et aucune hémorragie ne s'est produite ultérieurement.

On ouvre alors avec précaution la poche des eaux, une quantité de liquide s'écoule lentement (deux litres environ), liquide clair, et l'on fait une version par manœuvres internes.

Le siège est extrait, l'abaissement des bras se fait sans difficulté, et la tête qui descend aisément dans l'excavation est extraite sans effraction aucune.

L'enfant fait rapidement quelques inspirations et crie tout aussitôt.

La délivrance est naturelle et complète, après injection sous-cutanée d'un quart de centimètre cube d'hypophyse.

Une sonde est mise à demeure dans la vessie, de l'urine s'en écoule limpide.

L'enfant, un garçon, pèse 2,150 grammes. Le sixième jour, la température, normale jusque-là, monte brusquement à 40°,2 et s'y maintient jusqu'au neuvième

jour. La femme accuse de violentes douleurs lombaires.

Le 26 avril, un sondage pratiqué montre qu'il s'agit d'une *pyélonéphrite*. Les 27, 28 et 29 avril on pratique alors des *distensions vésicales* et les douleurs ainsi que la température décroissent alors. Cette dernière redevient normale, ainsi que le pouls synchrone, et la mère quitte la maternité en *état relativement bon sur son initiative personnelle*.

*L'enfant ayant fait une broncho-pneumonie était mort quarante-huit heures après sa naissance.*

---

OBSERVATION XXXIII. — Mme D..., primipare de 26 ans, est entrée à la maternité de Boucicaut, le 13 juillet 1928, après une tentative infructueuse d'application de forceps faite par le médecin de ville qui l'avait entreprise après avoir tenté de compléter la dilatation manuellement.

C'est une femme petite, aux doigts courts, les différents membres ont leurs segments courts également. Son aspect est celui d'une femme fatiguée. Son pouls est de 108 pulsations à la minute, sa température de 37°6.

La hauteur utérine est de 36 centimètres, les contractions sont fréquentes, de longue durée et in-

tenses, l'utérus entre deux contractions se relâche complètement.

O. I. G. T. non engagée, solidement fixée.

Le sillon du cou est à 10 centimètres au-dessus de la symphyse. Les bruits du cœur sont rapides et soufflants. A son entrée dans le service, à 23 h. 30, on a fait à la parturiente une injection de 1 centigramme de morphine.

Le col est épais, entr'ouvert et comme déchiqueté, il présente sur sa lèvre antérieure un léger hématome. Dans l'orifice, on aperçoit profondément l'extrémité la plus basse de la présentation.

Au toucher, on trouve un col, assez dilatable, assez souple, avec une dilatation suffisante, pour tenter à la rigueur une application de forceps. La suture sagittale, sur laquelle on arrive assez aisément, est orientée dans le diamètre oblique gauche. Il existe une déchirure du col n'atteignant pas le cul-de-sac. Le promontoire est accessible à 10,7.

Après examen profond avec des valves ayant permis de constater une ecchymose sur la paroi antérieure de la vulve, un hématome de la grosseur d'une noisette sur la lèvre antérieure du col, M. Le Lorier décide de pratiquer une pubiotomie qui est faite à gauche de la ligne médiane après sondage. Aucune difficulté pour l'aiguille, non plus que pour la section. Tamponnement hémostatique habituel pré et rétro-pubien, hémorragie insignifiante.

Application de forceps sur un sommet en O. I. G. T.,

après abduction fémorale amenant un écartement de trois centimètres environ qui paraît suffisant, la descente de la tête est gênée par une dilatation non encore complète.

Extraction d'un enfant né étonné qui crie rapidement.

L'enfant et la mère quitte le service le dix-neuvième jour en parfait état.

*La mère ne boîte pas, garde bien ses urines et s'est levée le treizième jour.* Les huit premiers jours elle a présenté des suites de couches fébriles, mais à partir du neuvième jour la température et le pouls sont redevenus normaux.

---

OBSERVATION XXXIV (prise en ville). — Mme G..., 25 ans, primipare, est présentée à M. Le Lorier par une sage-femme de ville parce que cette dame est allée consulter un accoucheur qui aurait constaté l'existence d'un bassin vicié, porté un très mauvais pronostic et parlé d'opération césarienne.

Cette dame a eu ses dernières règles du 1<sup>er</sup> au 3 novembre 1922.

M. Le Lorier l'examine le 20 août 1923. C'est une femme petite (1 m. 40), un peu obèse.

La hauteur utérine est de 38 centimètres, mais le

tissu adipeux de la paroi a une épaisseur considérable. Il y a une tête en bas, non engagée, tendant à filer dans la fosse iliaque gauche. Le dos est à droite. L'enfant est vivant. *Le bassin est très légèrement rétréci.* Le promontoire est accessible à 12,5. Il est impossible d'explorer complètement les lignes innommées. Les parties molles sont souples et dépressibles. Les urines sont albumineuses (0 gr. 35). (La femme a eu, à 17 ans, une scarlatine compliquée d'albuminurie).

Le 23 août 1923, accouchement naturel à terme d'un garçon de 4 kilos. Aucun incident.

M. Le Lorier revoit cette malade le 10 mai 1928 à l'occasion d'une *nouvelle grossesse*.

Les dernières règles ont eu lieu du 20 au 23 juillet 1927. La patiente est devenue très obèse. Elle est, de plus, fortement infiltrée. La hauteur utérine est de 45 centimètres. Il y a une présentation du sommet en O. I. D. T. non engagé. Le fœtus est vivant. En raison d'une tension artérielle de 8,14, la femme est mise au régime lacté absolu. A défaut de cette légère hypertension, l'œdème qu'elle présente aurait fourni une indication analogue. Pas d'albumine.

De même que pour la grossesse précédente, M. Le Lorier porte un pronostic favorable.

Le travail débute dans la nuit du 10 au 11. Les contractions se succèdent régulières et énergiques à partir d'une heure du matin.

A 20 heures, les membranes se rompent spontanément.

ment. La dilatation est, à ce moment, d'une grande paume de main.

A 22 heures, l'engagement n'a fait aucun progrès.

Devant cette situation, M. Le Lorier se décide à faire *la section du pubis à la scie de Gigli*, et donne un *très faible écartement*. Il injecte alors un quart de centimètre cube d'hypophyse Choay. Dix minutes après, l'accouchement se produit spontanément. L'enfant est une fille vivante qui crie immédiatement. Elle pèse 4 kg. 750. La délivrance a lieu dix minutes après. Dès qu'elle est achevée, on injecte encore un demi-centimètre cube d'hypophyse.

Dans les jours qui ont suivi, la malade n'a présenté aucune complication. Elle a quitté la maison de santé pour rentrer chez elle le dix-huitième jour. Elle a présenté pendant plusieurs semaines des *douleurs lombaires et de la difficulté de la marche*, troubles qui ont complètement cessé ultérieurement. Aucune *incontinence d'urine*.

---

Il nous reste maintenant à étudier, en groupe, toutes ces observations et en tirer nos conclusions.

Nous diviserons cette étude générale en plusieurs chapitres :

## I. — PARITÉ

Nous devons tout d'abord faire remarquer que, parmi ces trente-quatre cas, l'intervention fut pratiquée :

Dans 21 cas chez des *primipares* ;

Dans 12 cas chez des *multipares*.

L'âge de ces femmes était :

Pour les primipares, respectivement de :

18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 28, 26, 29, 30,  
30, 31, 32, 32 ans ;

Pour les multipares :

22, 23, 29, 30, 32, 33, 37, 38, 38 ans;

et variait donc de 18 ans minimum à 38 ans maximum.

Six de ces femmes avaient déjà présenté des accouchements plus ou moins dystociques :

1<sup>o</sup> OBS. 2. — Forceps en 1914, enfant mort.

2<sup>o</sup> OBS. 6. — Forceps en 1923, enfant mort.

3<sup>o</sup> OBS. 8. — Enfant mort pendant le travail.

4<sup>o</sup> OBS. 12. — 1911. Accouchement prématuré provoqué, ballon, écarteurs de Tarnier, forceps, enfant mort de 2,570 grammes.

5<sup>o</sup> OBS. 17. — Forceps en 1918, enfant mort.  
Forceps en 1920, extraction pénible, enfant vivant.  
Forceps en 1922, enfant mort.

6<sup>o</sup> OBS. 24. — Forceps lors d'un précédent accouchement, enfant de 3,500 grammes.

---

## II. — INDICATIONS

Dans la plupart de ces cas, l'indication opératoire a été tirée d'un *rétrécissement pelvien modéré* : 27 fois.

OBS. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18,  
19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 31, 32, 33.

Les mensurations du P. S. P. faites avant le terme de la grossesse étaient toutes comprises entre 10,5 et 10,8 et, dans la plupart des cas, il existait en outre un ou plusieurs faux promontoires sacrés entre 10,8 et 11,2.

Pour les observations 23 et 29 il s'agit de bassins beaucoup plus fortement touchés : *bassin rachitique généralement rétréci, et bassin oblique ovalaire de Naegelé*. Dans ce dernier cas, le diagnostic avait été méconnu et ne fut fait que postérieurement sur une épreuve radiographique. *Le résultat fut néanmoins très satisfaisant.*

Quatre fois seulement l'intervention fut motivée par l'*existence d'un gros enfant, trois fois avec bassin absolument normal* :

OBS. 6. — (4 kg. 600).

OBS. 9. — (5 kg. 250).

OBS. 2. — (3 kg. 825).

*Le quatrième de ces cas était mixte, comprenant avec une très grosse tête un léger degré de viciation pelvienne.*

OBS. 26. — Cas des plus intéressants puisque cette femme fut envoyée à la maternité de Boucicaut, par le docteur Vignes, aux fins de basiotripsie ou d'opération de Portes, à la suite de plusieurs tentatives de forceps, infructueuses, tentatives au D. S., le forceps dérapant chaque fois.

---

#### ÉTAT DE LA DILATATION.

Elle était au moment de l'intervention :

Complète dans 18 cas, peu marquée au contraire dans 15, et comprise alors dans 13 cas entre 2 et 3 centimètres, dans les deux autres entre cinq francs et petite paume de main.

Cette dilatation minime et ne progressant pas, malgré les contractions utérines, parce que les membranes étaient rompues, a été considérée par M. Le Lorier dans la plupart de ces cas comme une indication formelle de pelvitomie.

### ÉTAT DES MEMBRANES.

Au point de vue de la rupture des membranes, nous trouvons seulement :

7 cas de rupture tempestive ou quasi-telle contre  
17 cas de rupture précoce et 6 cas de rupture prématurée.

---

### III. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Au point de vue de la technique opératoire, M. Le Lorier dans 31 de ces cas a constamment employé le même procédé :

*Pubiotomie sous-cutanée à gauche ou à droite de la ligne médiane*, le plus souvent à gauche; intervention pouvant se décomposer en plusieurs temps :

*1<sup>er</sup> Temps* : Recherche des points de repère à égale distance de l'articulation et de l'épine pubienne.

*2<sup>e</sup> Temps* : Ponction de la peau au bistouri au point d'introduction inférieur; introduction de l'aiguille mousse, porte-scie, que l'on pousse droit devant soi jusqu'à ce qu'on ait vaincu l'aponévrose périnéale moyenne.

*3<sup>e</sup> Temps* : A partir de ce moment, tout en tenant l'aiguille avec légèreté mais fermeté, on redresse l'aiguille, on rase le bord postérieur du pubis et on la

dirige d'arrière en avant et de bas en haut, en traversant la paroi musculo-aponévrotique antérieure.

4<sup>e</sup> *Temps* : A ce moment, l'aiguille fait saillie sous la peau. On ponctionne de nouveau celle-ci au bistouri, et l'aiguille ressort sur la face antérieure de la paroi abdominale.

5<sup>e</sup> *Temps* : On accroche alors le fil-scie de Gigli à l'aiguille mousse porte-fil, et on y joint un fil de bronze de secours, pour le cas où la scie casserait, on tire d'un coup sec et ferme le tout et la scie apparaît alors à l'orifice inférieur.

6<sup>e</sup> *Temps* : Section sous-cutanée du pubis au moyen de la scie de Gigli.

7<sup>e</sup> *Temps*, dit *Temps d'hémostase* : Dès que le pubis est sectionné, on procède au temps d'hémostase, afin d'éviter toute hémorragie, par le tamponnement pré et rétro-pubien, temps d'hémostase devant durer cinq minutes comptées.

8<sup>e</sup> *Temps* : La femme qui est en position obstétricale, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses tenues en abduction légère par deux aides, est alors mise en abduction plus marquée, de façon à pouvoir déterminer ainsi un écartement inter pubien qui devra toujours être très modéré et ne devra pas dépasser en aucun cas 5 centimètres.

Dans 3 cas, au contraire, il s'agit d'une *symphyséotomie au bistouri à la manière de Zarate* :

1<sup>o</sup> *Instrumentation* : Un bistouri dont la lame ne doit pas dépasser 5 centimètres de longueur.

2<sup>o</sup> *Position de la parturiente* : En abduction forcée.

3<sup>o</sup> *Déviation de l'urètre* à l'aide de deux doigts gantés introduits dans le vagin. On opérera cette déviation tantôt à droite, tantôt à gauche.

4<sup>o</sup> *Repère de la ligne médiane.*

5<sup>o</sup> Après avoir enfoncé la pointe du bistouri à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de la paroi symphisaire, *on recherche l'abord du faisceau fibreux de la symphise.*

Dès qu'on se trouve au contact de ce faisceau, on enfonce la lame tout en lui faisant faire un mouvement de bascule de bas en haut comme si l'on voulait mettre en contact le manche du bistouri et la paroi abdominale de la femme.

*A ce moment, on entend un léger craquement; la section est suffisante et doit être arrêtée.*

---

Après l'intervention, M. Le Lorier a systématiquement recherché l'accouchement spontané, n'hésitant pas à recourir aux injections d'hyhophyse pour accélérer le travail dans les cas où la contraction utérine était déficiente; cependant, dans quelques cas, il a dû faire un certain nombre d'applications de forceps à propos desquels il est intéressant de mentionner qu'en général il évite de saisir la tête d'une façon régulière, surtout dans le but de ne pas léser la vessie et qu'il fait sa prise *du front à l'occiput*, prise qui tient très bien et n'a pas plus de tendance à déraper que l'autre, d'autant plus qu'on se contente toujours de tractions très modérées.

*Deux fois seulement*, on dut avoir recours, sous le contrôle de la vue, *aux incisions du col*, l'état de souffrance du fœtus nécessitant une **extraction** très rapide.

---

#### IV. — ANESTHÉSIE

Un cas au *chlorure d'éthyle*, obs. 7.

Un cas au *chloroforme*, obs. 18.

Dans tous les autres cas, on s'est servi du *mélange de Schleich et du masque*.

Toutes ces anesthésies ont été parfaites, admirablement bien supportées, même par des femmes fatiguées, ne déterminant ni syncopes, ni troubles de la respiration.

---

## V. — SOINS POST-OPÉRATOIRES ET LEVERS

Après avoir pansé aseptiquement la plaie opératoire et après avoir introduit une sonde de Petzer stérile dans la vessie, avec de grandes précautions d'asepsie, on met une garniture vulvaire et l'on couche l'opérée.

Les jours suivants, on lui changera son pansement vulvaire chaque jour, sa sonde tous les deux ou trois jours afin d'en éviter l'obstruction par les concrétions calcaires de l'urine.

Les deux ou trois premiers jours, on la laissera au repos le plus complet, et on veillera à ce qu'elle soit convenablement aidée; on lui passera, en la soulevant, le bassin quand elle le réclamera.

Les jours suivants, il y aura un très grand intérêt à lui prescrire de faire elle-même, dans son lit, tous les mouvements des membres inférieurs qui ne lui seront pas douloureux.

Au bout de cinq jours, on enlèvera définitivement la sonde vésicale; deux ou trois jours après, on pourra asseoir la malade, et à partir du onzième ou douzième jour, si tout va bien, on pourra lui laisser pendre les jambes hors de son lit.

*Dans la plupart des cas cités, les femmes se sont toutes levées entre le douzième et le treizième jour.*

---

## VI. — RÉSULTATS

*Mortalité maternelle.* — La mortalité maternelle globale a été nulle.

*Morbidité maternelle.* — La morbidité maternelle a été plus fréquente, mais sauf la femme de l'observation XV, les accidents ont été bénins comme nous le verrons au chapitre des complications.

### *Résultats immédiats chez l'enfant :*

A la suite de l'intervention, *l'accouchement spontané eut lieu dans 11 cas*, l'enfant criant aussitôt, *contre 21 cas d'extraction aux forceps*, tous motivés par la fatigue de la mère ou la souffrance fœtale, et une extraction par le siège à la suite de version par manœuvres internes, très grosse tête ne descendant pas et restant au D. S. (obs. 32).

Dans tous ces cas, l'enfant est né étonné, criant assez rapidement, sauf deux fois, où l'enfant né en état d'asphixie bleue, fut très long à ranimer (une heure).

Dans 3 cas, l'enfant au moment de la naissance présentait *des lésions de la région céphalique*. Une fois (obs. 19) *une paralysie faciale gauche*, produite vraisemblablement au moment de deux prises de forceps antérieures à l'intervention et qui avaient toutes deux dérapées par suite d'une prise un peu oblique. Cet enfant présentait en outre une *zone crânienne tuméfiée* avec machuration de l'épiderme due manifestement au bec de la cuillère antérieure.

Une autre fois (obs. 30), l'enfant présentait, à la suite de l'extraction au forceps qui suivit la pubiotomie, avec quelques ecchymoses crâniennes *un enfoncement du pariétal gauche très marqué qu'on redressa immédiatement par la méthode de Boissart*. L'enfant a survécu.

Il s'agissait dans le troisième cas (obs. 27) d'une dystocie des épaules ayant nécessité, après une extraction facile de la tête au forceps, une pubiotomie.

L'enfant présentait à sa naissance une paralysie radiculaire du membre supérieur gauche.

#### MORTALITÉ INFANTILE.

Nous relevons *cinq décès*.

OBS. 15. — Enfant décédé deux jours après sa

naissance. Cet enfant avait été très difficilement ranimé. La mort a été causée par une broncho-pneumonie.

(Mais il y avait eu un travail très long et un forceps au D. S.)

OBS. 19. — Décès le treizième jour. Cet enfant avait été traumatisé par le forceps et présentait une paralysie faciale. Mort de broncho-pneumonie.

(Deux tentatives de forceps avant l'intervention.)

OBS. 32. — Quarante-huit heures après la naissance, mort par broncho-pneumonie.

OBS. 7. — L'enfant n'ayant pu être nourri par sa mère qui avait des mamelons ombiliqués, fut mis à l'allaitement artificiel, et a malheureusement succombé le dixième jour d'une gastro-entérite aiguë.

(Décès non imputable à la pelvitomie.)

OBS. 27. — L'enfant, qui avait présenté une paralysie radiculaire du membre supérieur gauche, est décédé un mois et demi après sa naissance de pyodermite aiguë, malgré des injections de propidon sous-cutanées.

(Décès non imputable à l'intervention.)

Tous les autres enfants sortent de l'hôpital en parfait état avec un accroissement régulier et normal.

## VII. — COMPLICATIONS

Graves : 0.

Légères :

### HÉMORRAGIES.

L'hémorragie opératoire déterminée par le passage de la scie de Gigli à travers les tissus et par la section du pubis s'est présentée rarement. Il s'agissait toujours d'une hémorragie veineuse de moyenne intensité, facilement arrêtée au bout du temps d'hémostase de cinq minutes de durée effective, montre en main, hémostase par tamponnement pré et rétro-pubien, 2 cas :

OBS. 26. — Hémorragie par les deux orifices de la plaie.

OBS. 29. — Hémorragie par les deux orifices de la plaie.

Trois fois nous avons eu à la suite de ces hémorragies veineuses assez abondantes, par suffusion sanguine, des *hématomes* diversement situés :

Deux hématomes de la grande lèvre, obs. 5, obs. 8.

Un hématome de la grande lèvre atteignant la région sus-pubienne, obs. 18.

Dans un cas, le tamponnement hémostatique, plus haut décrit, fut insuffisant, obs. 23, mais il existait une large déchirure qui faisait communiquer la plaie vaginale et la plaie opératoire. On dut avoir recours au tamponnement de la plaie opératoire par une mèche de gaze iodoformée introduite par la plaie vaginale.

#### LÉSIONS GÉNITALES : 6 cas.

Elles ont consisté en :

*Déchirures partielles du périnée* : 3 cas, obs. 4, 15, 17, suturées immédiatement au catgut et aux crins.

*Déchirures du col* : 3 cas, obs. 6, 8, 26, remontant toutes jusqu'au cul-de-sac, mais ne le dépassant pas; toutes suturées immédiatement au catgut.

### LÉSIONS VAGINALES : 2 cas.

OBS. 20. — Déchirure vaginale très profonde suturée au catgut et ne communiquant ni avec le foyer osseux, ni avec la vessie.

OBS. 23. — Délabrement important à la partie antérieure de la vulve consistant en une large déchirure faisant communiquer la plaie vaginale et la plaie opératoire, la vessie et l'urètre étant intacts.

### LÉSIONS DE L'APPAREIL URINAIRE : 1 cas.

Il s'agit d'une fistule vésico-cutanée; écoulement d'urine par les plaies opératoires le troisième jour après l'intervention, à la suite d'une absence de sondage, malgré les prescriptions formelles données.

C'est depuis ce cas, que M. Le Lorier laisse une sonde à demeure, après l'intervention, dans la vessie.

### ÉPISIOTOMIE PRÉVENTIVE.

Dans quelques-uns de ces cas, pour éviter l'effort exercé par la tête sur la paroi antérieure de la vulve

et du vagin, on avait eu recours à l'épisiotomie latérale, ce qui permit d'éviter de nombreuses déchirures vulvo-péninéales.

CHOC OPÉRATOIRE : 0 cas.

Au cours de ces interventions, ni à leurs suites, il n'y eut jamais de phénomène de choc, l'opérée se réveillant doucement, progressivement et ne présentant aucuns troubles ni accélération des pulsations et du cœur, pendant les minutes et les heures suivantes.

SUITES DE COUCHES FÉBRILES : 15 cas.

Assez fréquemment observées avec des températures variant de 38°,5 *minimum* à 40°,6 *maximum*.<sup>f</sup>

OBS. 2. — Maximum 38°,8.

OBS. 3. — Suites de couches fébriles par suite de pyélonéphrite, maximum 40°,3 le treizième jour.

OBS. 4. — Maximum 39° le troisième jour.

OBS. 6. — Maximum 40°,3 le sixième jour. Irri-

gation continue Dakin intra-utérin, retour rapide à la normale.

OBS. 7. — Maximum  $39^{\circ}$  le sixième jour.

OBS. 12. — Maximum  $39^{\circ},5$  le quatrième jour.

OBS. 13. — Maximum  $40^{\circ},6$  le quinzième jour.

OBS. 14. — Maximum  $38^{\circ},5$ .

OBS. 15. — Cas particulier : suites de couches très accidentées avec suppuration de la région opérée et ouverture spontanée dans le vagin ; ouverture chirurgicale au-dessus de la symphise.

OBS. 16. — Maximum  $38^{\circ},5$ .

OBS. 18. — Maximum  $38^{\circ},8$  le cinquième jour.

OBS. 28. — Maximum  $38^{\circ},8$  le cinquième jour.

OBS. 31. — Maximum  $39^{\circ},5$  le cinquième jour.

OBS. 32. — Maximum  $40^{\circ},2$  le sixième jour, avec violentes douleurs lombaires ; un sondage pratiqué alors montre qu'il s'agit de pyélonéphrite.

OBS. 33. — Suites de couches fébriles jusqu'au neuvième jour.

INFECTION LOCALE : 4 cas.

*Suppuration de la région opérée :*

OBS. 15. — Avec ouverture spontanée dans le vagin et ouverture chirurgicale au-dessus de la symphise.

*Hématomes suppurés :*

OBS. 5. — Petit hématome suppuré de la grande lèvre, incisé le huitième jour.

OBS. 8. — Hématome suppuré, incisé le troisième jour.

*Séquestre osseux :*

OBS. 12. — Élimination d'un petit séquestre osseux par une fistule sus-pubienne.

PHLÉBITES.

Nous n'en avons eu qu'un seul cas, typique d'ailleurs, qui s'est terminé très heureusement sans aucune complication, obs. 27.

### EMBOLIE.

*Un seul cas également un peu spécial d'ailleurs. Il s'agit en effet d'une hémoptysie par embolie pulmonaire à la suite de suppuration de la région opérée, obs. 15. La femme d'ailleurs s'en est très bien remise et est sortie en parfait état.*

Il ne nous reste plus à envisager que trois ordres de faits : *les fistules, les troubles urinaires et les troubles de la marche.*

### FISTULES : 1 cas.

OBS. 24. — Fistule vésico-cutanée par suite de surdistension vésicale à la suite d'une négligence du service, par absence de sondage. Par la suite, cette femme fut opérée par le docteur Papin, de Saint-Joseph, en deux temps et l'opération a parfaitement réussi.

### TROUBLES URINAIRES : 5 cas

Dans un cas cependant ils dataient d'un premier

accouchement fortement dystocique (forceps, enfant mort), obs. 2.

Dans *trois cas*, *légère incontinence*, se manifestant : dans la toux, obs. 14; dans l'effort et la toux, obs. 21; surtout depuis une seconde grossesse, obs. 20.

Enfin, le *dernier* de ces cinq cas, obs. 19, nécessita un *plissement du sphincter*, pratiqué par M. Le Lorier, qui donna un résultat excellent.

#### TROUBLES DE LA MARCHÉ.

S'ils furent observés assez fréquemment dans les dix-huit premiers cas, où ils consistaient en douleurs ou légère boiterie; s'ils ne furent nullement constatés dans les seize autres cas; ils ont fini par disparaître complètement plus ou moins rapidement.

---

## VIII. — CONSÉQUENCES OBSTÉTRICALES ULTÉRIEURES

Il nous faut encore avant de conclure aborder une question du plus haut intérêt : Quelles vont être chez ces femmes pelvitomisées, les conséquences obstétricales ultérieures ? Bonnes ou mauvaises ? Grâce à un certain nombre d'accouchements ultérieurs qui tous eurent lieu à terme, spontanément, nous pouvons répondre : excellentes.

Nous avons au cours de l'exposé de nos observations indiqué ces accouchements, nous les rappellerons ici, cependant, pour mémoire :

OBS. 7. — Pubiotomie 1920, accouchement spontané en 1922.

OBS. 17. — Pubiotomie 1923, accouchement spontané depuis.

OBS. 20. — Pubiotomie en 1925, accouchement spontané en 1927.

OBS. 21. — Pubiotomie en 1925, accouchement spontané en 1928.

OBS. 24. — Pubiotomie en 1925, accouchement spontané en 1927.

OBS. 25. — Pubiotomie en 1925, accouchement spontané en 1926.

OBS. 27. — Symphyséotomie à la manière de Zarate en 1926, accouchement spontané en 1928.

---

## CONCLUSIONS

1<sup>o</sup> *Sur trente-quatre cas de pelvitomies, nous avons noté une mortalité maternelle nulle, une mortalité infantile brute de 10 %.*

2<sup>o</sup> *La mortalité infantile est réductible à 3 % :*

1<sup>o</sup> En déduisant les cas non imputables à l'intervention elle-même;

2<sup>o</sup> En tenant compte des enfants mis à mal par des essais infructueux d'extraction antérieurs.

3<sup>o</sup> *Au point de vue des séquelles, une seule femme a gardé une incontinence partielle et minime d'urines.*

4<sup>o</sup> Sept femmes sur trente-quatre redevenues enceintes ont accouché spontanément.

5<sup>o</sup> Toutes les interventions ont été pratiquées en raison d'une disproportion légère entre la tête fœtale

et le bassin, suffisante pour empêcher l'engagement de la tête.

6<sup>o</sup> Les résultats obtenus nous autorisent à écrire que les pelvitomies méritent de garder une place nettement délimitée dans la thérapeutique obstétricale, leur objectif principal étant de laisser à la femme un utérus intact et de lui donner de grandes chances d'accouchements spontanés ultérieurs.

Vu et approuvé : *Le Président de thèse,*

COUVELAIRE.

Vu : *Pour le Doyen,*

*L'Assesseur,*

BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*

CHARLÉTY.

---



---

B — 4929 — L.-Impr. réun., 7, rue St-Benoît, Paris.

---





